

ANTONIO HIDALGO, MIEMBRO DEL GRUPO DE TRABAJO DE RESPIRATORIO DE SEMERGEN

## “UNA MAYOR ADHESIÓN REQUIERE PLANES EDUCATIVOS ESTRUCTURADOS PARA EL PACIENTE”

Dice Antonio Hidalgo que el curso intermitente del asma, la poca especificidad de sus síntomas y la deficiente percepción de estos por parte del paciente llevan a un elevado infradiagnóstico del asma que repercute en la adhesión al tratamiento y, por lo tanto, en los costes sanitarios.

La prevalencia del asma en los países occidentales, incluido España, ha aumentado en los últimos años. La llamada “teoría de la higiene”, avalada por diversos estudios, sugiere que una disminución de las infecciones durante la infancia acarrea un desequilibrio en la repuesta inmunológica y el subsiguiente aumento de la alergia y el asma. Al mismo tiempo, constata que las personas que viven en contacto con determinados agentes microbianos en granjas con animales tienen menor riesgo de

desarrollar asma, rinitis alérgica y dermatitis atópica que en otros ambientes más ‘occidentalizados’. Según refiere el doctor **Antonio Hidalgo**, médico de Atención Primaria y miembro del Grupo de Trabajo de de Respiratorio de SEMERGEN, “el asma aumentaría a medida que la población se hace más urbana, y probablemente tenga que ver con el desarrollo industrial, los cambios ambientales, la contaminación y los estilos de vida”. Comenta al respecto que la relación entre el incremento de prevalencia de la enfermedad

y la urbanización pone de manifiesto *“un predecible aumento del impacto del asma, si se considera que se espera un crecimiento de la proyección urbana mundial del 45% actual al 59% en 2025”*.

### **El agravante del desconocimiento**

Junto a este predecible aumento de la incidencia del asma, hay un segundo factor agravante de la situación, y es el hecho de que el 50% de los pacientes asmáticos no están diagnosticados, de los cuales el 52% no son conscientes de padecer la enfermedad, por lo que no se someten a tratamiento. Además, entre los diagnosticados, *“el 26% tampoco siguen tratamiento, mientras que, de los que lo hacen, sólo la mitad está bien controlado”*. Debido a todo ello, a pesar de que los tratamientos actuales permiten llevar una vida normal aunque se padezca asma grave, esta enfermedad provoca alguna limitación en el 72% de los afectados.

Tampoco el diagnóstico resulta sencillo. *“No existe una prueba estándar para el diagnóstico del asma”*, comenta Antonio Hidalgo, quien indica que a veces este se dificulta debido al curso intermitente de la enfermedad, la poca especificidad de los síntomas y la deficiente percepción de estos por el paciente. *“Todo ello favorece la elevada tasa de infradiagnóstico, especialmente en formas intermitentes o persistentes leves”*, revela el doctor, quien recalca que *“dada su variabilidad y la presentación episódica de sus síntomas, suele ser un proceso que requiere de varias consultas con el profesional hasta su total confirmación”*. Por ello, es el médico de AP quien, por la disponibilidad que tiene del enfermo, está en una inmejorable situación para ejercer de forma óptima el control del asma. *“En el asma tenemos una gran responsabilidad todos los profesionales de AP (médicos y enfermería), pero también debe ser compartida esa responsabilidad sin solución de continuidad con el segundo nivel de atención, debiendo existir un flujo bidireccional entre los dos niveles”*. Comenta que los casos que motivan la derivación al especialista son, en principio, la presencia de pacientes con sospecha de asma pero sin confirmación objetiva del diagnóstico; que presentan un mal control sintomático tras haber comprobado buena adhesión terapéutica y correcto uso de inhaladores; pacientes con frecuentes exacerbaciones, con asma grave no controlada o con antecedentes de asma de riesgo vital o formas especiales de asma como el ocupacional, y casos de mal control en embarazadas, poliposis nasal grave y enfermedad respiratoria exacerbada por ácido salicílico. *“También nos plantearemos la derivación ante pacientes con necesidad de tratamientos especiales, sobre todo inmunoterapia con alérgenos, omalizumab y termoplastia”*.

### **Planes preventivos**

Una de las claves que este facultativo pone sobre la mesa de cara al desarrollo y la evolución del asma es el estilo de vida. Como punto de partida en su control ambiental indica que siempre es aconsejable evitar la obesidad y hacer ejercicio. También, en pacientes fumadores, conseguir que abandonen el tabaquismo. *“La proporción de asmáticos fumadores es elevada y similar a la de la población general”*; señala, agregando al respecto que *“las disposi-*



*“Los nuevos medicamentos biológicos para el asma grave no controlada arrojan resultados esperanzadores”*

*ciones de prohibición del tabaquismo en espacios públicos por parte de las administraciones están teniendo un impacto muy positivo”*. Además del tabaco, otros factores de riesgo que apunta son la exposición a la contaminación ambiental y del aire en espacios cerrados, la exposición a alérgenos y la inhalación de polvo y productos químicos. Por eso las medidas para controlar la enfermedad y prevenir los síntomas deben pasar inexorablemente por evitar la exposición de los pacientes afectados a todos esos elementos. Sostiene Hidalgo que si las intervenciones no farmacológicas para prevenir el asma y sus exacerbaciones *“deben formar parte, inexcusablemente, de los planes terapéuticos de los pacientes asmáticos, también es necesario que se tomen las medidas necesarias para proteger a los trabajadores con riesgo de exposición a polvo y productos químicos”*.

Asimismo, en el caso de los pacientes asmáticos que cursan con poliposis nasosinusal, hay que evitar los tratamientos analgésicos o antiinflamatorios con fármacos de la clase terapéutica AINE, y en el asma de naturaleza alérgica, se implantarán medidas que disminuyan los niveles de exposición, como el *“cambio de puesto de trabajo en el asma ocupacional, retirar los animales del domicilio en asma por epitelios, o uso juicioso de plaguicidas para cucarachas”*.

### **Educación terapéutica**

En lo que respecta al tratamiento de la patología, el objetivo principal es lograr y mantener el control de la enfermedad lo antes posible, prevenir las exacerbaciones y la obstrucción crónica al flujo aéreo y reducir al máximo su mortalidad. Para ello el profesional de la salud realizará los cambios oportunos en el tratamiento en función de la evolución de la sintomatología y la propia historia natural de la enfermedad. *“El tratamiento debe realizarse de forma*

escalonada, dependiendo del control de los síntomas, siendo necesaria una evaluación periódica de los mismos”, matiza.

Pero además de las medidas de control ambiental y del tratamiento farmacológico adecuado, hay otro elemento clave para el buen control terapéutico de la enfermedad: la educación. Para él, la educación terapéutica llevada a cabo por personal correctamente formado es un pilar fundamental del tratamiento. Lo que se persigue es *“la evitación y el control de los desencadenantes del asma, como son los alérgenos, el aire frío, las infecciones respiratorias, AINES,  $\beta$ -bloqueantes y trastornos emocionales”*, algo para lo que es necesaria la participación del facultativo *“en el autocuidado del propio paciente, al establecer planes de acción en las exacerbaciones y a largo plazo”*.

*“No hay que olvidar –apunta el doctor– que la baja adherencia se asocia a un menor control, mayor número de exacerbaciones, peor calidad de vida e incremento de los costes”*. De ahí que los planes educativos estructurados con un plan de acción por escrito redunden en una mayor adhesión. *“Deben ser individualizados y realizarse revisiones de forma repetida y a largo plazo, ya que se ha constatado que la mejoría del cumplimiento disminuye con el tiempo”*, sostiene el doctor, quien considera indispensable que haya *“una comunicación adecuada entre el personal de salud y el paciente para establecer metas terapéuticas consensuadas y fortalecer el compromiso y la responsabilidad del paciente”*. La educación al paciente con asma debe ser un proceso progresivo y continuado *“hasta conseguir su total implicación en el manejo de su enfermedad con un plan de automanejo”*, insiste.

*“La proporción de asmáticos fumadores es elevada y similar a la de la población general”*

### Principales hitos

Como principales logros que se han conseguido en los últimos años sobre el conocimiento de la enfermedad, apunta el doctor las medidas de prevención primaria que pueden adoptarse en la infancia y que pueden contribuir a reducir el riesgo de sufrir asma, como son la lactancia materna, evitar el tabaquismo durante el embarazo, favorecer el parto vaginal y evitar el uso de paracetamol y antibióticos de amplio espectro durante el primer año de vida. En cuanto al diagnóstico, señala que *“cada vez los estudios aportan más luz sobre la utilidad de medir el óxido nítrico exhalado, que orienta sobre el grado de inflamación de las vías aéreas”*, algo de gran utilidad cuando la espirometría no aporta resultados útiles. Finalmente, respecto al tratamiento, menciona los nuevos medicamentos biológicos que han aparecido para el asma grave no controlada, como el mepolizumab, reslizumab o el benralizumab, *“con resultados esperanzadores”*, a su parecer. Sin embargo, para continuar avanzando, entiende el doctor que se deberían seguir mejorando las relaciones interniveles, trabajar de forma protocolizada y consensuada y aumentar la formación del

### Crece la prevalencia entre los niños

La OMS estima que hay 334 millones de personas con asma en todo el mundo y afecta a todos los grupos de edad. Los estudios de prevalencia de asma varían mucho, pues los criterios usados no son los mismos en las diferentes investigaciones epidemiológicas. Apunta a que en dos grandes estudios europeos, el “International Study of Asthma and Allergies in Childhood” (ISAAC) y el “European Community Respiratory Health Survey” (ECRHS), se pone de manifiesto una gran variabilidad geográfica en la prevalencia del asma. Así, según datos del ECRHS, en la población de 20 a 44 años el asma afecta al 5% de las personas. Por otro lado, también afecta al 8% de los niños y adolescentes, siendo la enfermedad crónica más prevalente en estas edades.

En España, señala Hidalgo que su incidencia en los adultos varía mucho entre zonas geográficas, afectando al 5% de la población y a más mujeres que hombres. Y en niños de 6-7 años, la tendencia va en aumento, con una incidencia del 10%, similar a la de la Unión Europea, siendo mayor en las zonas costeras.

médico de familia para fortalecer la atención primaria y convertirla en la verdadera piedra angular del sistema sanitario, así como la educación en asma del paciente y su familia.

### Investigación en SEMERGEN

Finalmente, preguntado específicamente por la labor que se realiza desde el Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN, Hidalgo aclara que los pilares fundamentales son la formación e investigación. *“Participamos en las distintas actividades formativas de nuestro congreso nacional y en los distintos congresos autonómicos de la sociedad”*. Apunta que desde hace ocho años celebran unas jornadas nacionales sobre respiratorio en AP, en las que además de actualizaciones médicas también se trabaja con la comunidad. *“Constantemente se producen publicaciones de temas de actualidad y necesarios en la formación del médico de familia, se hacen talleres a nivel nacional y se participa en diversos estudios clínicos y epidemiológicos”*.

Si bien, sostiene que en AP se utiliza evidencia procedente de ensayos clínicos en los que los pacientes no siempre tienen que ver con los que atendemos en el día a día. Desde su punto de vista, estudios como el “Salford Lung Study”, *“un ensayo clínico en el que han participado pacientes tratados por su médico de AP en un entorno de práctica clínica habitual, aportaría evidencia más aplicable en nuestro campo”*. Según explica, consiste en un estudio abierto y aleatorizado en el que se compara un tratamiento iniciado para su asma con los tratamientos habituales. +